

GE_GERICHTE A/2142/2023 vom 8. Oktober 2024

GE Cour de justice, 2024-10-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2142_2023

FR: GE_GERICHTE A/2142/2023 du 8 octobre 2024

IT: GE_GERICHTE A/2142/2023 del 8 ottobre 2024

Erwägungen

E. 1.1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 2

Le 1^{er} janvier 2022 sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence). Le droit aux prestations du recourant, soit son éventuel droit à une rente fondée sur sa demande du 22 juin 2020, doit s'examiner conformément aux règles applicables jusqu'au 31 décembre 2021, soit sous l'angle de l'ancien droit.

E. 3

A titre liminaire, il convient de circonscrire l'objet du litige.

E. 3.1

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

E. 3.2

En l'espèce, la décision querellée a été rendue le 26 mai 2023. C'est donc l'état de santé du recourant et ses répercussions sur sa capacité de travail à cette date qu'il convient d'examiner. Dans cette mesure les pièces médicales produites au cours de la présente procédure, lesquelles portent sur des atteintes nouvelles, ne sauraient être prises en considération. Le litige porte ainsi sur le bien-fondé de la décision de l'OAI datée du 26 mai 2023 de rejeter la nouvelle demande de prestations du recourant, singulièrement sur sa capacité de travail et son droit à des mesures d'ordre professionnel, notamment à un reclassement.

E. 4.1

Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI ; RS 831.201]). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel – soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques – et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a ; 109 V 114 consid. 2a et b).

E. 4.2

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références).

E. 5.1

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la

santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

E. 5.2

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 5.3

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

E. 5.4

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de

travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

E. 6.1

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 6.2

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 7.1

En l'espèce, le 9 septembre 2018, le recourant a saisi l'intimé d'une demande de prestations en raison d'une atteinte au pied et au coude gauches survenue le 26 septembre 2017. Après avoir mis en œuvre des mesures d'intervention précoce et une orientation professionnelle, l'OAI a rejeté la demande par décision du 14 janvier 2020, la perte de gain étant nulle. Le 22 juin 2020, sous la plume de son médecin traitant, le recourant a saisi l'intimé d'une nouvelle demande de prestations, une atteinte à l'épaule gauche s'étant ajoutée aux précédentes atteintes. L'office intimé est entré en matière sur cette nouvelle demande en ordonnant une expertise pluridisciplinaire qu'il a confiée au I_____. Selon le rapport de ce dernier, daté du 16 juin 2022, la capacité de travail du recourant était toujours entière dans toute activité respectant un certain nombre de limitations fonctionnelles en lien avec les atteintes au pied et à l'épaule gauches. Par ailleurs, même si le recourant souffrait de troubles dépressifs et anxieux, ceux-ci n'étaient pas incapacitants. L'intimé a mis en œuvre une mesure d'orientation professionnelle à la demande du conseil du recourant, à laquelle l'intimé a mis un terme compte tenu de deux incidents imputables au recourant. Par décision du 26 mai 2023, l'OAI a rejeté la nouvelle demande au vu des conclusions de l'expertise et compte tenu du fait qu'il existait suffisamment d'activités simples et répétitives sur le marché primaire de l'emploi, respectant les limitations fonctionnelles du recourant, que ce dernier pouvait exercer sans formation ni qualifications, compte tenu de son parcours professionnel, des gains réalisés, des limitations fonctionnelles et de la pleine capacité de travail dans une activité adaptée. À titre d'exemple, l'OAI a cité des activités dans un environnement bienveillant dans le domaine du tri, de la numérisation, du travail sur établi en position assise par exemple. Dans son recours du 27 juin 2023, l'assuré conteste, outre la comparaison des revenus effectuée par l'OAI, l'absence de réévaluation de son atteinte psychique au vu des événements qui se sont déroulés aux EPI et qui démontraient selon lui une décompensation psychiatrique.

E. 7.2

La chambre de céans constate que la décision de l'intimé se fonde en particulier sur l'expertise pluridisciplinaire du mois de juin 2022, l'avis du SMR du 11 septembre 2023 dans lequel était examiné l'avis du Dr N_____ du 18 juillet 2023 et sur le rapport des EPI sur la mesure. L'expertise remplit les exigences d'une évaluation médicale complète et motivée. Elle a été réalisée par quatre experts aptes, de par leur spécialité, à se prononcer sur les atteintes à la santé présentées par le recourant et leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail de ce dernier. Cette expertise n'a d'ailleurs en tant que telle pas été contestée par le recourant, lequel n'a pas soulevé de griefs à l'encontre de l'évaluation psychiatrique au moment de l'expertise ou de l'examen des indicateurs jurisprudentiels. L'expertise doit dès lors se voir reconnaître une pleine valeur probante. Sur la base de l'expertise, l'atteinte psychique du recourant ne remplit pas les indicateurs mentionnés à l'ATF 141 V 281 précité et le trouble dépressif ne peut être considéré comme invalidant.

E. 7.3

Le recourant estime cependant qu'il a souffert d'une décompensation de son atteinte psychique postérieurement à l'expertise dans le cadre de la mesure. À cet égard, les éléments médicaux fournis par le recourant pour appuyer son avis ne permettent pas de constater l'existence d'une atteinte psychique incapacitante sur le long terme. En effet, le psychiatre traitant qui s'est prononcé sur les éléments postérieurs à l'expertise a évoqué un épisode dépressif moyen et a précisé que, d'un point de vue strictement psychiatrique, « les

effets sur la capacité de travail de [son patient] étaient actuellement quelque peu altérés en relation avec un syndrome dépressif moyen et devraient pouvoir revenir à la normale (à 100%) une fois la dépression corrigée ». Le recourant a d'ailleurs entrepris un suivi psychiatrique sur conseil de l'intimé à la suite des événements survenus durant la mesure. Le SMR a pris en compte les avis exprimés par les médecins du recourant. Les avis médicaux sur le plan psychiatrique exprimés après l'expertise et l'incident survenu pendant la mesure de réadaptation ne mettent pas en évidence que l'atteinte psychique du recourant entraînerait une incapacité de travail de longue durée. Il s'agit d'une atteinte qui peut se guérir par le suivi entrepris. Il n'existe dès lors pas d'invalidité susceptible de donner droit à une rente. Il est par ailleurs exigible du recourant qu'il poursuive un traitement adéquat dans la mesure de son obligation de réduire son dommage. Au vu de ce qui précède, une instruction médicale complémentaire ne se justifie pas dans le cas d'espèce.

E. 8

Le recourant conteste en outre la comparaison des revenus effectuée par l'intimé.

E. 8.1

Sur ce point, l'intimé et le recourant s'accordent sur le revenu avant invalidité de CHF 56'420.- par an (CHF 4'340.- x 13). S'agissant du revenu d'invalidité, l'intimé a retenu, dans sa première décision du 14 janvier 2020, un revenu de CHF 57'841.- par an en se fondant sur la table TA 1 pour un homme dans une activité de niveau 1, alors que le recourant estime pouvoir gagner au maximum pour une activité de type administratif ou de réception simple, un revenu mensuel brut de CHF 3'370.- selon l'ESS. Il évalue sa perte de revenu à 28.32%, ce qui lui donnerait droit à des mesures de réadaptation.

E. 8.2

Le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant notamment de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) (ATF 139 V 592 consid. 2.3). Il convient alors de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1 de l'ESS, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321 consid. 3b), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level (ATF 142 V 178).

E. 8.3

Dans le cas d'espèce, le recourant semble se fonder sur une ligne en particulier de la table sans cependant mettre en évidence d'élément qui justifierait de s'écarter du salaire de référence auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples, tous secteurs confondus, de la table TA1_tirage_skill_level de l'ESS. Par ailleurs le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de rappeler qu'il existe sur le marché équilibré du travail pris en considération dans le domaine de l'assurance-invalidité (à ce sujet, voir arrêt du Tribunal fédéral 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3 et les références) un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit admettre dans ce cas qu'un nombre significatif d'entre elles sont accessibles au recourant sans aucune formation préalable particulière et compatibles avec ses limitations fonctionnelles. L'intimé avait en outre retenu un abattement de 15 %, sans que ce facteur ne permette de constater de

perte de revenu. Compte tenu de ce qui précède, la reprise d'une activité professionnelle est exigible de la part du recourant et la comparaison des revenus ne laisse apparaître aucune perte de gain, de sorte que la décision de l'intimé doit être confirmée.

E. 9

Le recours sera rejeté. La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 200.- est mis à la charge du recourant. *****
PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la
forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.